QUELQUES OPÉRATIONS

SUR LE

FOIE ET LES VOIES BILIAIRES

Laparotomie exploratrice. Opérations pour Kystes hydatiques. Tentative de Cholécystotomie en deux temps. Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues. Cholédochectomie avec Cholédochorrhaphie.

PAR

E. DOYEN (de Reims)

PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN SUPPLÉANT DE L'HÔTEL-DIEU

EXTRAIT

DES

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

AVEC DIX-SEPT FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*
14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

1892

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Rédacteur en chef : Dr Marcel BAUDOUIN

BUREAUX : 14, Boulevard St-Germain, 14, PARIS

*La nouvelle publication, qui paraît sous le titre significatif d'*ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE, *a été conçue par un groupe de jeunes chirurgiens, anciens internes des hôpitaux de Lyon ou de Paris, exerçant aujourd'hui en province. Pour la plupart professeurs agrégés des Facultés, professeurs titulaires ou suppléants dans les Ecoles de médecine, presque tous chargés ou sur le point d'être chargés d'importants services hospitaliers dans les plus grandes villes de France, les fondateurs de cette revue, indiscutable tentative de décentralisation chirurgicale, ont voulu faire acte de vitalité et montrer que, quoique éloignés à tout jamais du grand foyer scientifique français, ils n'ont point perdu encore l'habitude de songer aux choses de la Science.*

Désirant mettre en commun des forces vives qui, isolées les unes des autres, sans signe de ralliement et sans bannière, courraient risques de demeurer longtemps improductives, ils ont créé ces Archives provinciales de Chirurgie *dans le but de publier leurs travaux personnels et de contribuer, par là-même, au développement de l'art chirurgical dans notre pays.*

Ceux qui voudront bien jeter un coup d'œil sur les divers fascicules de cette importante publication verront vite les efforts et les sacrifices qui ont été faits.

Multiplicité des gravures, parfois tirées en couleurs — ce qui n'a jamais été tenté, pour une revue scientifique, dans notre pays —, gravures qui seront des reproductions fidèles et frappantes de photographies de malades et d'opérés, voir même d'opérations en cours, ou de figures dessinées avec une exactitude et une clarté toute particulières par des artistes consommés ; usage d'un matériel de choix ; suppression des planches lithographiques placées à la fin de chaque fascicule, disposition ne faisant que compliquer sans grands profits la lecture des mémoires, et leur remplacement, quand on ne pourra se passer de grandes reproductions photographiques, par des planches phototypiques et même chromotypographiques, etc., etc.

Les ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE, *organisées de la sorte, répondent à un réel besoin. Largement ouvertes à tous ceux que le mouvement parisien laisse forcément dans l'ombre, aux chercheurs et aux savants de profession, aussi bien qu'à tous les praticiens et à tous les jeunes élèves des hôpitaux de langue française, elles offrent l'hospitalité la plus cordiale à tous ceux qui voudront bien lui adresser les mémoires qu'ils ont à publier.*

En un mot, réunir en un faisceau solide les travaux de la plupart des chirurgiens de France : tel est le but de cette nouvelle revue. M. B.

QUELQUES OPÉRATIONS SUR LE FOIE & LES VOIES BILIAIRES

Laparotomie exploratrice. Opérations pour Kystes hydatiques. Tentative de Cholécystotomie en deux temps. Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues. Cholédochectomie avec Cholédochorrhaphie.

PAR

E. DOYEN (de Reims)

Professeur suppléant de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole de Médecine,
Chirurgien suppléant des hôpitaux.

Si nous ouvrons les plus récents traités de pathologie externe, nous constatons que la plupart des maladies du foie rentrent aujourd'hui dans le domaine de la chirurgie. Le *foie mobile*, les *plaies du foie et des voies biliaires*, les *abcès du foie*, les *kystes hydatiques*, la *lithiase biliaire*, les *tumeurs de la vésicule du fiel* sont autant d'affections justiciables de l'intervention sanglante.

Nous en dirons autant des nombreux cas mortels de *rétention biliaire*, causée par la *pénétration de lombrics* (1) dans le canal cholédoque et même dans le canal hépatique et la vésicule (2).

(1) Des lombrics ont été aussi retrouvés dans le canal pancréatique, après avoir déterminé la mort par suite de la formation d'un abcès du pancréas.

(2) Nous croyons intéressant de donner, à ce propos, une bonne partie de la bibliographie des cas relatés de 1572 à 1860, persuadés, en présence de leur nombre et de leur gravité, que ces *accidents seront désormais l'occasion d'interventions chirurgicales des plus intéressantes.*

BIBLIOGRAPHIE. *Lombrics dans les voies biliaires et pancréatiques* :

1. Wierns et Gulen. — Lombrics à l'orifice du cholédoque, 1572.
2. Nebelius. — Lombrics dans le conduit cystique. (Cité par van Swieten, édition de Paris, 1765).
3. Rœderer et Wagler (1762-1783). — *De morbo mucoso.* Édition de Paris, 1855. (Lombrics remplissant le canal cholédoque, le canal cystique et faisant saillie dans la vésicule.)
4. Kirkland (Thomas). — *An inquiry into the present state of medical surgery ; including the analogy betwixt external and internal disorders, and the inseparability of these branches of the same profession.* 2 vol., IV, Londres J. Dodsley, 1783-86, (Cité par Davaine). (Voir Tome II : Lombric rendu au dehors avec le pus d'un abcès de l'hypochondre droit).
5. Macker. (Cité par Davaine). — Lombric trouvé dans la vésicule.
6. Buena-Parte. Pise, 1811. — Rétention biliaire mortelle causée par un lombric.
7. Heaviside. (Cité par Davaine, p. 207). — Lombrics dans le cystique et la vésicule.
8. Treille, 1806 (cité par Fauconneau-Dufresne : *Précis des maladies du foie et du pancréas*, 1856, p. 279). — Rétention biliaire causée par un lombric engagé dans les canaux cholédoque et hépatique.
9. Cruveilhier, 1820. — *Dict. de méd. et de chir.* ; in Art. *Entozoaires*, p. 340. — Nombreux lombrics dans les voies biliaires.

Les *ictères infectieux* subaigus, où l'infection bactérienne et le spasme réflexe de l'orifice du cholédoque jouent un double rôle, encore imparfaitement défini, peuvent être guéris par la *cholécystentérostomie.* Il en est de même pour les *cirrhoses biliaires.*

Le *cancer*, d'ailleurs presque toujours secondaire, et les *cirrhoses de cause générale* sont donc les seules maladies du foie qui restent désormais des affections purement médicales et que le chirurgien n'aborde qu'au cours de l'examen du malade, en vue du diagnostic différentiel.

I. — Considérations historiques.

Les premières opérations sur le foie datent du siècle dernier. Elles eurent pour objectif la lithiase hépatique.

C'est à J. L. Petit (1) que revient l'honneur d'avoir eu l'idée première des interventions sur les voies biliaires. Il fut amené à cette conception théorique de la chirurgie du foie par les analogies qui lui semblaient exister entre la rétention biliaire et la rétention d'urine, de même qu'entre la lithiase biliaire et l'affection calculeuse de la vessie. J. L. Petit proposa donc de pratiquer sur la vésicule du fiel les opérations que l'on faisait sur le réservoir urinaire ; mais il ne les conseillait que dans les cas où la vésicule adhérait à la paroi abdominale antérieure.

Les recherches anatomo-pathologiques devaient naturellement ouvrir la voie aux chirurgiens. Les calculs enchatonnés du canal cystique et l'hydropisie de la vésicule furent décrits, dès la fin du dix-huitième siècle, par Frerichs (2), Marteau (3), Bernard (4), etc., etc.,

10. Heyner. — Lombric dans le cholédoque et sept lombrics dans le reste des voies biliaires; in *Nassé's Zeilschrift für phys. Aerzte,* I, 4, p. 514-520.

11. Broussais. — *Histoire des phlegmasies chroniques* (Lombrics dans les voies biliaires). Édit. Paris, t. III, p. 272, 1826.

12. Lobstein. — Lombrics nombreux dans les voies biliaires ; obstruction du cholédoque par un calcul ayant pour noyau un lombric desséché ; in *Catalogue du Musée de Strasbourg,* nº 1987. (Cité par Davaine).

13. Mattei. — *Occlusion du canal cholédoque par un lombric, abcès du foie ;* in *Revue médico-chirurg.,* 1855. — *Lombric ayant pénétré dans le foie pendant la vie ;* in *Union médicale,* 1858.

14. Lebert. — *Traité d'anat. pathol.,* 1857-61, Paris.

15. Davaine. — *Traité des Entozoaires,* 1860.

---

(1) J.-L. Petit. — *Parallèle de la rétention de la bile et des pierres de la vésicule avec la rétention d'urine et les pierres de la vessie ;* in *Mémoires de l'Acad. roy. de Chir.,* t. I, p. 155, 1743 ; et *Traité des maladies chirurgicales,* Paris, 1790.

(2) Frerichs. — *Examen du liquide hydropique de la vésicule biliaire.*

(3) Marteau. — *Dilatation énorme de la vésicule contenant des calculs et remplie par 5 ou 6 onces d'une matière lymphatique presque sans couleur et peu gluante ;* in *Journal de Roux,* 1768, XXVIII, p. 328-333.

(4) Bernard. — *Premier examen précis du liquide de l'hydropisie de la vésicule.* — Lugd. Bat., 1796.

Grandclaude (1) observa, dès 1829, l'issue spontanée de calculs biliaires par un abcès de l'hypocondre droit ; Guérard (2) (1831) et Dolbeau (3) rapportèrent en outre d'autres observations de calculs enchatonnnés du canal cystique. Enfin Barth (4) (1848-1851) décrivit plusieurs cas de calculs enchatonnés de la vésicule.

Monod (5), dès l'année 1828, puis Renaut (6) en 1834, Peebles (7) et Neill (8) en 1858, Gros (9) et Bourdon (10) en 1859, etc., etc., observèrent des cas mortels d'étranglement intestinal causés par de volumineux calculs biliaires qui avaient cheminé dans l'intestin (11), soit par les voies naturelles dilatées, soit plutôt par suite d'une double perforation de la vésicule et du duodénum ou du côlon transverse, pour s'arrêter dans l'intestin grêle, ou bien dans l'S iliaque. Enfin Bérard (12) publia en 1831 un cas de lithiase biliaire intra-hépatique avec accumulation de calculs dans tout le trajet des vaisseaux excréteurs du foie, et Duménil (13), en 1852, signala la présence de calculs biliaires, non seulement dans le cholédoque, mais aussi dans les ramifications intra-glandulaires du canal hépatique.

D'importantes recherches de médecine expérimentale avaient été pratiquées d'abord en 1670 par Ettmüller (14), puis en 1767 par Her-

(1) Grandclaude. — *Observation de calcul biliaire sorti par l'hypocondre droit ;* in *Bull. de l'Acad. roy. de Méd.,* 12 février 1829.

(2) Guérard. — *Calcul biliaire enchatonné dans l'intérieur du canal cystique ;* in *Bull. Soc. anat.*, 1831.

(3) Dolbeau. — *Calcul biliaire enchatonné du canal cystique ;* in *Bull. Soc. anat.,* 1831.

(4) Barth. — *Calculs enchatonnés de la vésicule :* in *Bull. Soc. anat.*, 1848-1851.

(5) Monod. — *Obstruction complète du jéjunum par un calcul biliaire ;* in *Bull. Soc. anat* 1827.

(6) Renaut et Regnier. — *Calcul biliaire, passé de la vésicule dans l'intestin grêle, par une fistule et ayant déterminé la mort par étranglement ;* in *Bull. Soc. anat.*, n° 4, Nouvelle Sér., 1834.

(7) Peebles. — *Observation d'ileus causé par un calcul biliaire* ; in *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1859, p. 445.

(8) Neill. — *Calcul biliaire arrêté à la valvule iléo-cæcale et occlusion intestinale ;* in *Liverpool med. chirurg. journal,* janvier 1858.

(9) Gros. — *Calcul biliaire volumineux arrêté dans l'S iliaque ;* in *Bull. Soc. anatomique,* 1859.

(10) Bourdon. — *Calcul biliaire d'un volume considérable tombé dans le tube digestif, à travers les parois de la vesicule adhérente et perforée* ; in *Union médicale,* 4 juin 1859. — Voir à ce sujet les récents mémoires de MM. Kirmisson et Rochard et la thèse de M. Dagron.

(11) Voir, plus loin, le mémoire de M. le Dr Pouzet (de Cannes). (*N. de la R.*)

(12) Bérard (Th.). — *Calculs biliaires développés dans tout le trajet des vaisseaux excréteurs du foie;* in *Bull. Soc. anat.*, 1831.

(13) Duménil. — *Calculs dans le canal cholédoque et dans les divisions du canal hépatique ;* in *Bull. Soc. anatomique*, 1852.

(14) Ettmüller. — *Opera omnia.* Frankfort, t. I, p. 306.

lin (1), et, peu après, par l'Anglas et Duchainois. Ces chirurgiens avaient pratiqué avec succès, chez le chien et le chat, la cholécystotomie, la ligature du canal cystique, et même l'extirpation complète de la vésicule.

Mais c'est Morand qui le premier, en 1756 (2), mettant à exécution les données de J. L. Petit, a incisé chez l'homme la vésicule remplie de calculs. Tierbergen (1758) (3) réussit à extraire, par l'opération sanglante, d'une vésicule suppurée un volumineux calcul biliaire. Bloch (1774) et Richter (1778) cherchèrent à obtenir des adhérences inflammatoires entre la vésicule et les parois abdominales. Nous devons à L'Espine (de La Flèche), en 1810 (4), une nouvelle observation d'une tumeur calculeuse de l'hypocondre droit guérie par l'extraction d'un grand nombre de pierres biliaires. Nous citerons ensuite les recherches de Campaignac (1826) et la thèse de Carré en 1833.

C'est à ce dernier auteur que Courvoisier attribue l'idée d'inciser directement les tumeurs non adhérentes de la vésicule.

Et pourtant la méthode des caustiques, employée dès 1825 par Récamier pour l'ouverture des abcès du foie, fut encore choisie par Leclerq (de Senlis) en 1856 (5) pour ouvrir une tumeur de l'hypocondre droit et en extraire de nombreux calculs. Les travaux de Thudichum (6) furent purement théoriques (1859) et Bobbs, en 1868, ne pratiqua la première cholécystotomie qu'à la suite d'une erreur de diagnostic.

La première opération de ce genre, faite de propos délibéré, appartient à Marion Sims (18 avril 1878), qui retira de la vésicule 66 calculs biliaires. Kocher (de Berne), le premier, fit une cholécystotomie de parti pris, suivie de succès. Cette opération a été pratiquée deux mois après celle de Marion Sims (1878). Vulgarisée surtout par Lawson Tait, la cholécystotomie a été principalement exécutée en France par Terrier, Terrillon, etc., et par les élèves de ces maîtres, qui ne manquèrent pas d'imitateurs.

Mais les inconvénients des fistules biliaires devaient bientôt engager

(1) Herlin. — *Expériences sur l'ouverture de la vésicule biliaire et sur son extirpation chez le chien et le chat*, 1767. — Expériences répétées par l'Anglais et Duchainois; in *Journal de Roux*, juillet, t. XXVII, p. 403.

(2) Tierbergen. — *Obs. rev. de med.* Trad. de Planque, Paris, in-12, t. I, p. 190-192. — Observation d'un calcul volumineux et d'une tumeur purulente biliaire après incision de celle-ci.

(3) L'Espine (de La Flèche). — *Observation d'une tumeur très volumineuse située dans l'hypocondre droit, guérie par l'extraction d'un grand nombre de concrétions ou pierres biliaires ;* in *Journal de méd. et de chir.*, t. XXVII, p. 290-298.

(4) Leclercq (de Senlis). — *Tumeur biliaire ouverte par la potasse caustique ; extraction de calculs ;* in *Bull. Soc. anat.*, 1852.

(5) Thudichum. — *British med. Journal,* novembre 1859.

(6) Bobbs. — *Transact. of the Indiana med. Society,* 1868, p. 68.

les opérateurs à tenter une opération plus rationnelle, d'une façon générale, que l'ouverture de la vésicule, et c'est ainsi qu'ils furent amenés à pratiquer l'incision de la vésicule suivie de sa fermeture immédiate : (*Cholécystotomie idéale* ou *à sutures perdues*). La première opération de ce genre (cholécystotomie à sutures perdues) fut pratiquée, d'après Courvoisier, par Meredith, le 30 janvier 1883. M. F. Terrier et son élève, notre ami, M. Marcel Baudouin (de Paris), qui s'occupent tout particulièrement de ces questions, ne connaissent pas d'opération absolument analogue exécutée en France.

Les manœuvres délicates de l'*extraction des calculs du canal cystique* après cholécystotomie ont été tout particulièrement décrites par Courvoisier (1), qui en a fait dans son important travail l'objet d'un chapitre spécial.

L'extirpation de la vésicule biliaire fut pratiquée la première fois chez l'homme, le 15 juillet 1882, par Langenbuch. La malade guérit.

Depuis ce cas, Crédé, Israël, Courvoisier, Thiriar, Terrier (1886), puis Péan, Terrillon, Broca, Michaux, etc., n'ont pas hésité à tenter cette opération ; et 90 observations environ ont donné une mortalité opératoire de moins de 20 %. La thèse de M. Calot résume parfaitement jusqu'en 1891 l'histoire de cette opération (2).

Nussbaum eut l'idée, dans les cas où la perméabilité du canal cholédoque ne pouvait être rétablie, d'aboucher la vésicule dans l'intestin grêle. Cette opération (*Cholécystentérostomie*) a été pratiquée pour la première fois par Von Winiwarter (de Liège). Socin (de Bâle), Courvoisier, et tout particulièrement Terrier, ont apporté au manuel opératoire de la cholécystentérostomie des modifications importantes, qui en ont fait une intervention presque inoffensive, comme on peut s'en convaincre en lisant la thèse de notre ami M. le docteur H. Delagénière (du Mans) (3).

D'autre part, Langenbuch (1886), puis Courvoisier, écrasèrent sur place des calculs du cholédoque (*Cholédocholithotripsie*), et Courvoisier fit, le premier, avec succès, l'incision du cholédoque (*Cholédochotomie*), pour en extraire des calculs, et termina par la suture perdue des lèvres de la plaie. Cette opération doit être combinée avec le *cathétérisme des voies biliaires*.

Von Winiwarter pratiqua pour la première fois de parti pris (4) la *Cholédochostomie* ou fistule cutanée du cholédoque ; et enfin Sprengel la

(1) Courvoisier. — *Casuistik-statistik Beitræge zur Path. und Chir. der Gallenwege*. Leipzig, 1890.

(2) Calot. — *De la cholécystectomie*, 1891.

(3) Delagénière. — *De la cholécystentérostomie*, 1890.

(4) On ne l'avait faite auparavant que par hasard.

Cholédocho-entérostomie, en amont d'un calcul volumineux du cholédoque dilaté, le calcul étant impossible à extraire.

Mentionnons aussi les tentatives de Thornton, qui fit une *Hépatostomie* et put extraire avec succès du foie lui-même par une fistule temporaire 412 calculs intra-hépatiques, sans oublier l'*Hépaticostomie* de Kocher (1).

Les interventions pour les *abcès du foie* devaient marcher de pair avec les opérations pratiquées pour la lithiase biliaire.

Récamier (2) imaginait en effet, dès 1825, de perforer lentement la paroi abdominale par des applications successives de potasse caustique, de façon à obtenir la formation d'adhérences entre la face antérieure du foie et le péritoine pariétal. Graves (3) incisait la paroi abdominale, jusqu'au péritoine exclusivement, et bourrait la plaie de charpie, afin de déterminer la formation d'adhérences. Bégin (4) incisait toute la paroi, y compris le péritoine, mais laissait le foie intact et pansait à plat. Le foie était incisé au bout de quelques jours. Cambay (5) ponctionnait directement le foie, au point fluctuant, avec un gros trocart, qu'il laissait à demeure pendant une huitaine de jours. Les adhérences, si elles n'existaient pas avant l'opération, se produisaient ultérieurement sans danger. Le malade gardait un repos absolu. Le procédé de Cambay était en honneur aux Indes, entre les mains de sir Romald Martin et de Cameron (6). Ramirez (7) pratiquait la ponction en un temps, avec un gros trocart, et, comme Cambay, le laissait à demeure, pour y substituer, au bout d'une huitaine de jours, un drain d'un diamètre égal. L'orifice pouvait être dilaté avec l'éponge préparée. Dutroulau (8), dès 1856, agissait avec plus de hardiesse encore, car, après avoir vérifié par une ponction capillaire la présence du pus, il incisait les téguments et le péritoine, pour plonger directement et dans la même séance le bistouri jusque dans le foyer intra-hépatique.

(1) Pour toutes ces opérations et les indications bibliographiques, voir Terrier (F.) : *Des opérations pratiquées sur les voies biliaires.* Rapport au *Congrès français de Chirurgie,* avril 1892.

(2) Récamier. — *Revue médicale,* I, p. 25, 1825.

(3) Graves. — *Clinic. observ. on hepatic abcess.*; in *Dublin hosp. Report,* t. IV, p. 39, 1827.

(4) Bégin (J.). — *Mémoires sur l'ouverture des collections purulentes ou autres développées dans l'abdomen;* in *Journal hebdom. de méd. et de chir.*, t. I, p. 417, 1839.

(5) Cambay (Ch.). — *Tr. des maladies des pays chauds. De la dysenterie et des maladies du foie qui les compliquent.* Paris, 1847, 1 vol. (Analyse in *Gaz. méd. de Paris,* p. 700, 1847.)

(6) *Dict. encycl. des sc. méd.* (de Dechambre), Article *Foie*, p. 83.

(7) Ramirez. — *Abcès du foie; ponction pure et simple;* in *Congrès international de Paris,* 1867, p. 444; et *Tr. des abcès du foie.* (Observations recueillies à Mexico et en Espagne.) Paris, 1867, In-8°.

(8) Dutrouleau. — *Mémoires sur l'hépatite des pays chauds et les abcès du foie;* in *Bull. Acad. Méd.*, t. XX, p. 207, 1856.

Un flot de pus s'échappait et la guérison était la règle. Ses collègues, les chirurgiens de notre marine, suivirent son exemple.

L'incision antiseptique, en un temps, combinée avec la *ponction exploratrice du foie mis à découvert*, est aujourd'hui la règle (1).

Dès 1825, Masseau (2), membre correspondant de l'Académie de médecine, appliqua au traitement des *kystes hydatiques* du foie la méthode de Récamier, c'est-à-dire qu'il eut recours à l'ouverture de la poche par les caustiques. Bientôt, on substitua à la potasse la pâte de Vienne ou celle de Canquoin, qui donnèrent des escharres plus sèches. Puis on pratiqua la ponction avec un gros trocart laissé à demeure, suivant le procédé de Cambay pour les abcès du foie, soit d'emblée, soit après application préalable d'un caustique; la dilatation ultérieure de l'orifice permettait l'évacuation des membranes hydatiques et les injections détersives dans le kyste. Telle était en 1868 la pratique de Blachez (3) et, en 1870, celle de Jönassen (4), ainsi que celle de la plupart des médecins islandais, à qui la fréquence de ces kystes dans leur pays donne une autorité toute spéciale. La ponction d'emblée provoquait des adhérences avec plus de sécurité que les caustiques, à condition de laisser à demeure un trocart volumineux et de maintenir le patient immobile pendant au moins 48 heures.

L'incision de la paroi abdominale et du kyste avec le bistouri a été tentée avec succès par Velpeau (5), dès 1844, puis en 1850, par Jarjavay (6). Toutefois, malgré les succès obtenus par ses hardis devanciers, Jobert (de Lamballe) (7), moins audacieux, préconisa, le premier, comme méthode de choix, les ponctions capillaires répétées : il laissait son trocart à demeure durant 24 heures, de façon à vider complètement le kyste, et répétait les ponctions, si le liquide se reproduisait, jusqu'à flétrissure des membranes hydatiques. Owen Rees (8) et William Cox signalèrent plusieurs succès obtenus par la méthode de Jobert (de Lamballe).

Moissenet (9) (1859) recommande également, pour le traitement des

(1) Voir, à ce propos, l'article de M. Segond dans le *Traité de Chirurgie*, T. VI.

(2) *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. 3, p. 241.

(3) Blachez. — *Drainage des kystes hydatiques;* in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1860.

(4) Jœnassen. — *Ugeskr. for Læger*, 1, 10, 1870.

(5) Rayer et Velpeau. — *Kyste hydatique du foie ouvert avec l'instrument tranchant par la méthode en deux temps ;* in *Bull. Géner. de Thérap.*, t. XXVI, p. 58, 1844.

(6) Jarjavay. — *Kyste hydatique du foie ouvert par le bistouri, guérison;* in *Gaz. des Hôp.*, p. 253, 1850.

(7) *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.* (Dr Jaccoud), t. XV, p. 125.

(8) Rees (Owen). — *Case of dis. of the liver cured by oper.;* in *Guy's hosp. Rep.*, 2e série, 1848-1849, vol. VI, p. 17.

(9) Moissenet. — *De la ponction avec le trocart capillaire appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie;* in *Arch. gén. de Méd.*, 5e sér., t. XIII et XIV, 1859.

kystes hydatiques du foie, les ponctions capillaires non suivies d'injections irritantes, et Murchison (1) à son tour se montra l'un des promoteurs les plus ardents de cette méthode : il obtint sur 20 cas 17 succès. Parmi 45 malades traités de la sorte et dont les cas sont relatés dans divers journaux, on compte 35 guérisons sans accidents et 10 cas de suppuration du kyste. La méthode des ponctions capillaires est applicable toutes les fois qu'il s'agit d'évacuer un liquide très fluide, et notre maître, M. le Dr H. Henrot, nous a fait apprécier à diverses reprises les avantages de ces ponctions lentes, pratiquées sans appareil aspirateur, avec l'aide d'un simple trocart de trousse, sur la canule duquel on adapte un long tube de caoutchouc formant siphon. (Une des malades de son service subissait ainsi, sans le moindre choc, tous les 2 ou 3 mois, une ponction de 50 à 55 litres de liquide ascitique et l'évacuation durait de 12 à 24 heures.)

Cadet de Gassicourt et Dolbeau, en 1856, proposèrent théoriquement de faire suivre l'évacuation du liquide hydatique d'une injection irritante. Ils avaient observé, en effet, des cas heureux de guérison spontanée de kystes hydatiques par suite de la pénétration accidentelle de la bile dans la poche. Voisin (2) pratiqua cette injection de bile en 1857, mais sans succès. La même annnée, Chassaignac (3) obtint un cas de guérison à la suite d'une injection iodée; et deux ans plus tard le mémoire de Boinet (4) consacra cette méthode opératoire. Les ponctions capillaires, suivies ou non de lavages ou d'injections irritantes (alcool, chlorure de zinc, phénol, solution iodo-iodurée), devaient se vulgariser bientôt aux dépens de l'ouverture par les caustiques ou du drainage en un ou plusieurs temps (5), grâce aux travaux de Dieulafoy (6), de Dujardin-Beaumetz (7), de Jaccoud (8), de Landouzy (9), de Desnos (10), etc.

(1) Murchison. — *Trans. of the path. Soc.*, t. XVII, p. 124, 1867; et *Archiv. de Méd.*, 1867.

(2) Voisin. — *Bull. Soc. anat.*, 1857.

(3) Chassaignac. — *Kystes hydatiques du foie; injection iodée; guérison;* in *Mém. Soc. Chir.*, Mars 1857; et *Gaz. des hôp.*, n° 922, 1857.

(4) Boinet. — *Traitement des kystes hydatiques du foie par les ponctions capillaires, la potasse caustique et les injections iodées;* in *Revue de thérap. médic. chirurg.*, 1859.

(5) Dutrouleau. — *Loc. cit.*

(6) Dieulafoy. — *Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie par les ponctions et l'aspiration;* in *Gaz. des hôp.*, n° 74, 1872; et *Traité de l'aspiration*, Paris, 1873.

(7) D. Beaumetz. — *Valeur de la ponction aspiratrice dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie;* in *Bull. de Thérap.*, t. L. XXXIV, 1873.

(8) Jaccoud. — *Clinique médicale de l'hôpital Lariboisière, 1873.*

(9) Landouzy. — *Du rôle de la bile épanchée ou injectée dans la guérison des kystes hydatiques du foie;* in *Gaz. méd.*, p. 56, 1874.

(10) Desnos. — *Valeur de la ponction aspiratrice dans le traitement des kystes du foie;* in *Bull. de Thérap.*, 15 juillet 1875.

Plus récemment Baccelli (1) et Debove (2) ont repris la méthode des ponctions capillaires suivies d'injections parasiticides. Baccelli évacue une portion du liquide et la remplace par un volume égal d'une solution de bichlorure de mercure. Debove conseille l'évacuation totale du liquide hydatique et pratique, aussitôt après, un lavage antiseptique. Le sulfate de cuivre, le naphtol β ont été employés en solution aqueuse. Toutefois il ne faut pas croire que les ponctions même capillaires soient toujours inoffensives et *bien des cas de mort par suite d'une simple ponction de kyste hydatique* sont mentionnés dans la littérature médicale. Ces *cas de mort rapides après une simple ponction* ont été observés par Moissenet (3), Martineau (4), Guyot (5), etc., etc. Plusieurs de nos confrères nous en ont signalé de semblables, et la lecture d'une de nos observations prouvera combien les ponctions des tumeurs de la région sus-ombilicale peuvent présenter de dangers.

L'incision directe (procédé de Lindemann-Landau) devait reprendre la supériorité sur les méthodes palliatives, avec la vulgarisation des procédés antiseptiques. Lawson-Tait a été l'un des promoteurs (6) les plus actifs de cette incision directe des kystes hydatiques du foie, et, dès 1884, notre maître, M. le Dr Lucas-Championnière, la pratiquait en deux temps (procédé de Volkmann) et tamponnait la première plaie opératoire (qui comprenait l'incision du péritoine) avec de la gaze antiseptique, pour n'inciser le kyste que plusieurs jours après.

Actuellement, il semble plus rationnel de traiter les kystes du foie, du moins toutes les fois que la chose est possible, exactement comme les kystes ovariques, qu'ils soient ou non suppurés, c'est-à-dire de pratiquer l'opération en une seule séance.

Le kyste est-il *pédiculé?* On peut en pratiquer l'*ablation totale*, avec ou sans résection partielle d'un lobe du foie. M. Terrillon a fait cette opération en maintenant le pédicule hors du péritoine; mais nous verrons plus loin qu'on peut la pratiquer, comme nous l'avons fait dans une de nos observations, avec *réduction du pédicule* dans le ventre. M. Terrier d'ailleurs a fait l'ablation presque complète de kystes pédiculés de la face inférieure de l'organe.

L'énucléation de la poche est-elle impossible? Il faut se contenter d'en faire la *résection partielle* et de suturer au *péritoine pariétal* le

(1) Guido Baccelli. — Communic. del prof. E. Rossoni; in *Rif. med.*, 11 juin 1887.
(2) Debove. — *Gazette hebdomadaire de méd et de chir.*, 1888, p. 693.
(3) *Arch. de Méd.*, *1859*. (*Loc. cit.*).
(4) Martineau. — *Union méd.*, 1875. (Mort subite après la ponction d'un kyste hydatique du foie.
(5) Guyot. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1875.
(6) Voir, à ce sujet : Baudouin (Marcel). *Traitement des kystes hydatiques du foie* (Nouvelles méthodes thérapeutiques, 1888); et l'article de M. Segond, dans le *Traité de Chirurgie*.

pourtour de l'incision kystique, pour tamponner ensuite la poche avec de la gaze antiseptique.

Nous avons parlé jusqu'ici des kystes vulgaires, antéro-inférieurs; quant aux kystes postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques, ils sont accessibles par une double voie : la voie abdominale et la voie transpleurale. L'incision transpleurale a été recommandée par Israël (de Berlin) qui, en 1879, traversa successivement, pour la réaliser, la paroi thoracique, les deux feuillets de la plèvre et le diaphragme. M. Segond, dès 1888, pratiqua deux fois cette opération en France. Landau 1886 (1), puis Bouilly réussirent, de leur côté, à guérir, par l'*incision abdominale*, mais non sans rencontrer de grandes difficultés opératoires, ces mêmes kystes postéro-supérieurs du foie.

II. — Observations personnelles.

Nos interventions pour les diverses affections du foie que nous avons eu à traiter, sont au nombre de six. Ces opérations comprennent :

1° Une laparotomie exploratrice ;

2° Deux opérations de kystes hydatiques ;

3° Trois interventions pour lithiase biliaire.

Voici la relation de ces six cas :

A. — Laparotomie exploratrice.

Observation I.

Douleur et empâtement profond dans la région de la vésicule. — Laparotomie exploratrice : découverte d'un foyer de périhépatite d'origine cancéreuse. — Guérison opératoire.

Nous eûmes l'occasion d'examiner avec M. le Dr Baudier, il y a quelques mois, une femme qui se plaignait de douleurs térébrantes dans l'hypocondre droit et qui avait notablement maigri depuis plusieurs mois. Jamais de coliques hépatiques ; jamais d'ictère ; quelques troubles dyspeptiques de peu d'importance. Pas de maladie antérieure digne d'être notée.

M. le docteur Garaudaux avait examiné la malade avec le Dr Baudier et tous deux avaient émis l'hypothèse d'un cancer du foie.

En présence des douleurs, bien localisées, que nous constations dans la région de la vésicule, où l'on reconnaissait un empâtement non douteux coïnci-

(1) Landau. — *Société de méd. de Berlin*, 29 novembre 1886 ; anal. in *Semaine méd.*, p. 511. 1886.

dant parfaitement avec le siège des élancements, nous avons proposé, au cas où la malade reprendrait quelque peu ses forces, sans qu'aucun symptôme plus précis ne vînt éclairer le diagnostic, une laparotomie exploratrice.

Opération. — L'opération fut pratiquée peu après. Une incision médiane sus-ombilicale nous permit d'examiner la face antérieure du foie, qui était adhérente au péritoine pariétal par un certain nombre de tractus inflammatoires. La péritonite localisée ne permettait pas de juger, à coup sûr, de l'état du tissu hépatique sous-jacent. Le bord tranchant, légèrement arrondi, adhérait lui aussi aux viscères voisins.

Ce ne fut qu'en soulevant le foie que nous pûmes constater à sa face inférieure l'existence, au voisinage de la vésicule, d'un *noyau* saillant, blanchâtre, et n'offrant pas la consistance d'un calcul enchatonné. Le pourtour de ce noyau, également dur et blanchâtre, semblait envahi par la dégénérescence maligne dont l'origine probable était la vésicule, qu'il nous fut impossible de reconnaître avec ses caractères normaux.

Nous pûmes faire constater *de visu*, au docteur Baudier et à quelques autres confrères, l'aspect de la face inférieure du foie, en le soulevant avec les doigts aidés d'un écarteur. Le ventre fut refermé.

Suites. — La guérison se fit sans encombres.

Toutefois, au bout de quelques jours, parut une légère teinte ictérique des conjonctives ; l'ictère s'accentua jusqu'au départ de la malade.

Cette malade vit encore ; l'amaigrissement progressif confirme le diagnostic.

B. — Opérations pour Kystes hydatiques.

Observation II.

Kyste hydatique du foie diagnostiqué sans ponction. — Laparotomie avec extirpation partielle de la poche et suture à la paroi.— Guérison.

Le nommé X..., âgé de 22 ans, portait depuis quelques mois une tumeur globuleuse de l'hypocondre droit, siégeant exactement dans la région de la vésicule.

Nous fûmes appelé à examiner ce malade avec notre ami, M. le Dr Drapier. La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, formait en partie saillie sous le rebord costal, au niveau des cartilages des 9e et 10e côtes. Aucune bosselure ; aucun sillon de délimitation la séparant de la glande hépatique. Pas de frémissement hydatique. On percevait une fluctuation profonde. La forme globuleuse du néoplasme paraissait confirmer sans aucun doute sa nature kystique.

L'hydropisie de la vésicule, coïncidant avec la présence de calculs enchatonnés du canal cystique, était peu probable, étant donné l'âge du sujet, sa vie active et l'absence de phénomènes douloureux aigus se rattachant à la lithiase.

D'ailleurs la tumeur ne dépassait que de 8 à 10 centimètres les fausses côtes et sa surface était en continuité directe avec le tissu hépatique, sans qu'on pût reconnaître en aucun point le moindre sillon.

Loin d'être piriforme, elle semblait au contraire s'étendre davantage dans le sens transversal.

En l'absence de tout symptôme autre qu'une douleur sourde presque continuelle, qui avait obligé le malade à interrompre son métier, le diagnostic porté fut celui du *kyste hydatique de la face inférieure du foie.*

Opération. — La laparotomie fut pratiquée le 10 octobre 1889, avec l'assistance des docteurs Doyen père et Drapier.

L'incision, sus-ombilicale, fut pratiquée sur la ligne médiane : la vésicule biliaire, puis le côlon, se présentèrent tout d'abord.

Ce dernier recouvrait le kyste sans lui adhérer. Quant à la vésicule, elle était comme étalée à sa partie la plus saillante. Nous ne pûmes donc que nous féliciter d'avoir refusé ici toute ponction exploratrice, puisque le trocart

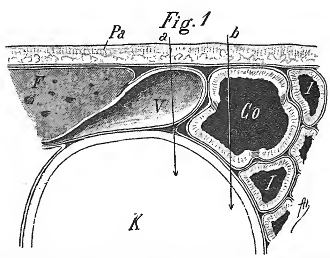


Fig. 1. — Kyste hydatique du foie. — *Légende* : F, Foie ; Pa, paroi abdominale antérieure ; V, vésicule biliaire ; Co, Côlon tranverse ; I, intestin grêle. —Les flèches *a* et *b* montrent quels organes on aurait perforé si l'on avait ponctionné le kyste aux points *a* et *b*. (Le malade est supposé couché sur le dos, prêt à être opéré).

aurait perforé, avant de pénétrer dans le kyste, soit la vésicule, soit le côlon transverse. (Voir *Fig.* 1).

M. le docteur Drapier connaissait d'ailleurs plusieurs cas de ponctions de kystes hydatiques du foie faites dans un but thérapeutique et suivies, au contraire, de mort rapide.

Nous avons déjà dit ailleurs (1) ce que nous pensions des ponctions exploratrices dans les cas de tumeurs abdominales de caractère insolite.

Cette observation confirme donc la supériorité non douteuse de l'incision et de l'exploration directe.

(1) *Archives provinciales de Chirurgie,* T. I, nº 1, p. 60.

Le kyste, nettement fluctuant, fut ponctionné comme un kyste ovarien, après avoir été entouré de compresses stérilisées, mais avec un trocart peu volumineux.

Un liquide translucide s'écoula aussitôt.

La poche, déjà moins tendue, fut saisie de chaque côté du trocart avec deux pinces hémostatiques et attirée peu à peu hors du ventre. Le liquide évacué, le petit orifice de la ponction fut fermé à l'aide d'une pince à anneaux.

Le foie fut alors soulevé autant que possible et exploré dans toute l'étendue de sa face inférieure, afin de voir s'il n'existait pas d'autres kystes soit sous-capsulaires, soit intra-hépatiques.

Aucune saillie, aucun point fluctuant n'étant reconnaissables, le champ opératoire fut entouré de nouveau de compresses stérilisées, et la poche incisée de façon à permettre l'évacuation des membranes hydatiques et le lavage antiseptique de la cavité, qui fut pratiqué avec l'eau phéniquée chaude à 5 % ($\frac{1}{20}$e).

Il n'y avait qu'un très petit nombre de vésicules-filles. Les rapports du kyste et de la vésicule furent alors observés avec attention : le kyste s'était développé à la face inférieure du foie et soulevait à la fois la capsule de Glisson et le péritoine ; il s'était coiffé de la vésicule de telle sorte que cette dernière par sa face profonde était en contact intime avec la face antéro-supérieure de la poche, et que le péritoine en avant passait directement du foie sur la vésicule et de celle-ci sur le kyste. (Voir *Fig. 1*).

En présence des difficultés de l'énucléation totale de ce kyste, dont les parois d'ailleurs étaient constituées, à mesure qu'on se rapprochait du foie, par du tissu hépatique condensé et devenu fibreux, je pratiquai la résection des 2/3 environ de cette poche, jusqu'au voisinage de la vésicule biliaire, et fis la suture de la circonférence de section au péritoine pariétal des lèvres de l'incision.

Tamponnement antiseptique. Fermeture du ventre au-dessous de la poche.

Suites. — Les suites de l'opération furent des plus simples et complètement apyrétiques. La plaie se ferma en quelques semaines.

La guérison de notre opéré s'est parfaitement maintenue depuis.

Notons ici que la suture de la paroi de la poche celluleuse, qui contient les hydatides, n'est pas comparable à la suture d'une portion adhérente d'un kyste ovarique. En effet, dans ce dernier cas, si l'on n'a pu pratiquer le grattage et l'abrasion de la couche épithéliale qui sécrète le liquide kystique, l'accollement des lambeaux suturés à la paroi est des plus lents et il résulte souvent, de ces opérations partielles avec suture à la paroi, des fistules assez difficiles à guérir. Au contraire, la poche adventice d'un kyste hydatique est constituée par du simple tissu cellulaire condensé, sans revêtement épithélial, et par suite susceptible de réunion primitive ou secondaire rapide sous un pansement antiseptique.

Observation III.

Kyste hydatique pédiculé du lobe gauche du foie. — Laparotomie et ablation totale du kyste avec réduction du pédicule hépatique. — Guérison.

Cette observation se rapporte à une jeune fille de 23 ans, qui présentait depuis plusieurs mois une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus, *très mobile*, et siégeant de préférence dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur grossissait peu à peu et n'occasionnait pas de troubles fonctionnels appréciables. En raison de sa mobilité extrême, elle en imposait pour un kyste ovarique gauche à long pédicule ; la nature kystique de la tumeur, qui était globuleuse, lisse et fluctuante, n'était pas douteuse.

Je poussai la malade à accepter l'opération sans plus tarder, jugeant inutile d'attendre, pour l'opérer, une augmentation énorme du ventre, et redoutant, en raison de la mobilité extrême la tumeur, les accidents assez fréquents dans les cas analogues, à savoir ceux qui sont la conséquence d'une torsion du pédicule (1), et dont nous avons observé plusieurs cas.

Je fis entrer la malade dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Reims, où nous venions, le Dr Decès et moi, de créer une installation spéciale pour les laparotomies.

Opération. — L'opération eut lieu le 13 décembre 1889. Sous le chloroforme, la tumeur se montra plus mobile que jamais. Toutefois le centre de déplacement paraissait voisin de l'ombilic plutôt que de la fosse iliaque.

A l'ouverture du ventre, pratiquée au-dessus de l'ombilic, nous rencontrons la masse intestinale. La tumeur, qui est plongée au milieu des anses de l'intestin grêle, est facilement attirée au voisinage de l'incision.

Nous remarquons alors qu'elle est enveloppée d'un feuillet épiploïque recouvert à sa partie supérieure par le côlon transverse ; elle semble dépendre par son pédicule du lobe gauche du foie.

Une simple déchirure du feuillet épiploïque nous permet d'isoler le kyste sans hémorrhagie appréciable, et celui-ci est attiré au dehors en totalité (2). On essaye de le détacher du foie au thermo-cautère ; mais, l'hémorrhagie se montrant d'une abondance extrême au niveau de la ligne de section, je pratique à quelques centimètres au-dessus une ligature circulaire au catgut. (Voir *Fig.* 2).

Les extrémités du fil sont passées à deux reprises au travers du pédicule hépatique, afin d'en assurer la fixité. Ce dernier, au point de vue de la ligature, offrait 4 à 5 centimètres de largeur sur 2 ou 3 d'épaisseur; le tissu hépatique étant en ce point atteint d'une dégénérescence fibreuse, comme il est de règle au voisinage des kystes hydatiques, le fil creusa, sans déchirer le foie,

(1) N'oublions pas que nous pensions avoir affaire à un kyste de l'ovaire.
(2) Ce qui fut aisé, étant donné que son volume était à peu près celui d'une tête de fœtus.

un sillon assez marqué pour que le pédicule put être réduit dans l'abdomen comme un pédicule de kyste ovarique. (Voir *Fig.* 3).

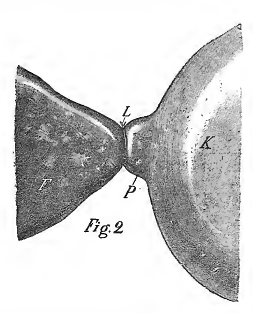


Fig. 2. — Ablation totale d'un kyste hydatique du foie. — *Légende :* F, Foie ; P, Pédicule formé de tissu hépatique ; K, kyste ; L, ligature du pédicule P.

Quelques ligatures furent posées sur l'épiploon.

Suites. — Les suites de l'opération furent des plus simples.

J'ai encore revu cette malade dernièrement, pour la soigner d'un double iritis rhumatismal qui, plusieurs années avant l'évolution de son kyste hydatique, l'avait rendue presque aveugle.

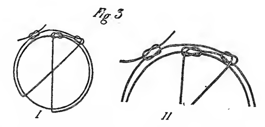


Fig. 3. — Ligature du pédicule hépatique. — *Légende :* I. Nœud dans son ensemble. Ligature circulaire. Ligature hémi-circulaire faite avec les extrémités du premier fil. Ligature hémi-circulaire faite avec les extrémités du même fil, au sortir du 2e nœud. — II. Détails des nœuds.

Ce cas est, nous le croyons du moins, un des cas assez rares où l'on a pratiqué l'extirpation totale d'un kyste hydatique, avec sa poche adventice, et réduit dans le ventre un pédicule hépatique.

C. — Opérations pour lithiase biliaire.

Observation IV.

Lithiase biliaire ancienne. Fièvre hectique. Tumeur de l'hypocondre droit. — Tentative de cholécystotomie en deux temps. — Mort avant le 2e temps de l'opération.

Cette malade, âgée de 48 ans environ, était soignée depuis plusieurs années par M. le Dr Jolicœur, qui avait constaté chez elle de fréquentes crises hépatiques accompagnées d'ictère. Les dernières crises avaient été fébriles.

Depuis plusieurs semaines l'état général, déjà antérieurement très précaire, s'était notablement aggravé. La malade pâle, émaciée, avait la peau chaude, la langue sèche, et la température vaginale s'élevait tous les soirs à 40° et plus.

Depuis quelques mois il n'y avait plus d'ictère.

A l'examen local on constatait nettement, au niveau de la région de la vésicule et en dehors, au-dessous du cartilage de la 10e côte, une tumeur très sensible au toucher. Toute la région était douloureuse et la malade y ressentait encore, en dehors de toute tentative d'exploration manuelle, des élancements très pénibles. La fièvre dénotait sans aucun doute une infection bactérienne. En raison de la douleur locale et de la tuméfaction qui siégeait dans la région de la vésicule, nous crûmes pouvoir attribuer les symptômes généraux septicémiques à un empyème de la vésicule.

Opération. — Nous fîmes la laparotomie avec le précieux concours des Drs Decès et Jolicœur. C'était en mai 1886. Nous fîmes une incision oblique le long du rebord costal. Le péritoine incisé, nous ne pûmes découvrir la moindre adhérence. Ce que nous avions pris pour la vésicule, lors de l'examen de la malade, était une saillie anormale du lobe droit du foie (1), piriforme, et séparée du reste de l'organe par un sillon mousse, mais assez profond, qui correspondait au rebord costal. Nous nous mîmes à la recherche de la vésicule. Le cas n'était pas facile. En effet, le côlon transverse adhérait intimement, par des adhérences fibreuses, dures et anciennes, au bord tranchant et à la face inférieure du foie, qu'il était de la sorte impossible d'explorer. Le bord tranchant présentait toutefois, au point qui devait correspondre à l'emplacement de la vésicule, la trace d'une petite échancrure oblitérée par les tissus inflammatoires. Ces tissus fibreux s'étendaient de 15 à 20 millimètres sur la face antérieure du foie.

Une ponction capillaire, faite en cet endroit, nous permit de reconnaître dans la profondeur la présence de calculs biliaires, et une petite incision au bistouri les mit à nu. Il s'écoula en ce moment un liquide sanieux dont la présence

(1) Voir, à ce propos : Baudouin (Marcel). *Lobe du foie flottant. Calcul de la vésicule biliaire. Cholécystotomie;* in *Progrès médical*, 18 août 1888.

nous engagea à bourrer immédiatement la petite incision d'une mèche de gaze iodoformée. La poche était en effet au contact des calculs, et la friabilité du tissu hépatique au voisinage de l'incision ne permettait pas d'espérer une fixation certaine de sa surface au péritoine pariétal. Quelques sutures à points séparés réunirent à la paroi les quelques points fibreux où le fil rencontrait une résistance suffisante, et la plaie fut tamponnée de gaze iodoformée. La mèche de gaze introduite dans la vésicule y fut laissée à demeure. Nous comptions inciser largement au bout de huit jours, si les forces de la malade lui permettaient de vivre jusqu'à la formation des adhérences.

Suites. — L'opération ne fut suivie d'aucune amélioration dans l'état général, et la mort survint au bout de trois jours.

Il nous fut possible de pratiquer l'examen des pièces. Le foie fut enlevé avec les viscères voisins.

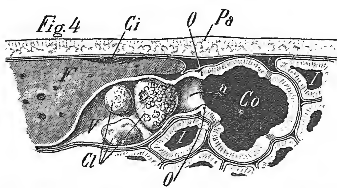


Fig. 4. — Tentative de cholécystotomie en deux temps. Mort après le 1er temps. (Schéma de la pièce anatomique.) — *Légende :* F, Foie ; Pa, Paroi abdominale ; Ci, Cicatrice de la face antérieure du foie ; V, Vésicule biliaire ; Cl, Calculs de la vésicule ; Co, Côlon transverse ; O, fistule cysto-colique : orifice de communication ; I, intestin grêle ; *a*, loge inférieure de la vésicule. (La malade est supposée couchée sur le dos).

La région de la vésicule était étroitement fixée au côlon transverse, en avant du duodénum et de la tête du pancréas. On y reconnaissait au palper plusieurs calculs. Le côlon fut incisé au niveau des adhérences (Voir *Fig.* 4).

Un orifice, de 12 à 15 millimètres de diamètre, le faisait communiquer avec la vésicule qui, dans une triple loge supérieure correspondant à un cloisonnement ancien, contenait encore trois calculs presque cubiques, revêtus de facettes de glissement. La pièce anatomique démontrait aussi l'existence antérieure d'un empyème de la vésicule, cloisonnée en deux loges, dont l'inférieure seule (*a*) avait pu évacuer ses calculs dans le côlon transverse. La pénétration des matières fécales dans la loge supérieure avait été la cause des accidents mortels, qui de la sorte ne pouvaient être imputés à l'opération. Le foie était mou, parsemé de taches jaunâtres ; les canaux biliaires n'étaient pas dilatés et ne contenaient pas de pus. La rate était volumineuse.

Des fragments du foie et de la rate furent durcis dans l'alcool fort.

Les coupes nous montrèrent, dans le foie notamment, une infiltration générale de streptocoques pyogènes. Ces streptocoques se retrouvèrent dans les cultures du suc de la rate et des reins. Notons que, dans le foie, il s'agissait moins d'une angiocholite ascendante que d'une multitude d'embolies septiques, provenant primitivement des voies biliaires et rapportées dans la glande par la circulation générale. Nous avons signalé des infections analogues du rein, coïncidant avec les lésions de la néphrite ascendante chez les calculeux ou les prostatiques atteints de cystite purulente.

Observation V.

Hydropisie de la vésicule. Calculs enchatonnés du canal cystique. — Cholécystotomie idéale avec extraction simple et broiement des calculs. Cathétérisme des voies biliaires. Suture perdue de la vésicule. — Guérison.

Madame X..., âgée d'une trentaine d'années, se présente à nous pour une constipation opiniâtre coïncidant avec l'existence d'une petite tumeur dure, assez mobile, de l'hypocondre droit. Aucun symptôme, autre que les douleurs locales, ne s'étant manifesté du côté du foie, nous étions incertain sur le diagnostic et hésitions entre une tumeur de la vésicule et une tumeur du côlon transverse, comme nous en avions déjà observé un cas.

Opération. — L'opération fut pratiquée au mois de juin dernier, en présence de notre ami M. le Dr Marcel Baudouin, de Paris, du Dr Ravaud, et de quelques autres confrères. Je fis une incision verticale sur le bord du muscle droit, exactement sur la tumeur. Dès l'ouverture du péritoine, il devint évident qu'il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule. Celle-ci fut isolée par des compresses stérilisées et ponctionnée avec un trocart de petit calibre, le liquide étant incolore et manifestement exempt de germes infectieux. L'orifice fut agrandi au bistouri. La cavité de la vésicule, dont les parois épaissies n'offraient pas moins de trois mill. d'épaisseur, fut lavée à l'eau phéniquée chaude au 1/20 et les premières compresses imbibées de liquide remplacées par des compresses sèches. L'exploration méthodique de la vésicule nous permit d'extraire à la curette, au niveau du col, une dizaine de petits calculs d'un jaune clair, aplatis ou tétraédriques, mais de forme assez irrégulière. Ces calculs étaient cachés par les replis valvulaires qu'on observe d'habitude au niveau de l'orifice inférieur du canal cystique. Ce dernier fut alors exploré digitalement, l'index gauche ployé dans la vésicule, le droit cheminant le long de sa paroi postérieure vers la hile du foie. Il nous fut aisé de constater que le canal cystique dilalé contenait, dans une série de 3 à 4 loges superposées, des calculs biliaires du volume approximatif d'une noisette. L'orifice du canal cystique s'ouvrait très obliquement dans la vésicule et était difficilement accessible, malgré la dilatation des premiers replis valvulaires; l'incision de la vésicule dut être prolongée jusqu'au voisinage du col. Les premiers calculs,

plusieurs moyens et deux gros, furent extraits à l'aide de longues pinces et d'une curette de Volkmann. Le 3e, plus volumineux et contenu dans une

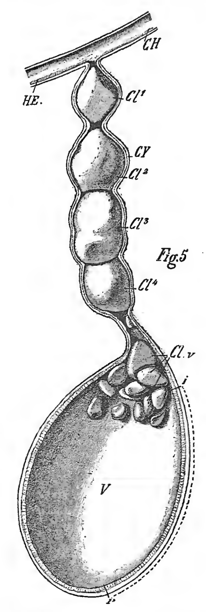


Fig. 5. — Hydropisie de la vésicule biliaire et calculs du cystique. — *Légende :* V, vésicule biliaire ; HE, canal hépatique ; CH, cholédoque ; CY, canal cystique ; Cl^1, Cl^2, Cl^3, Cl^4, calculs du cystique ; Cl. v, calculs de la vésicule ; i, i', ligne d'incision de la vésicule.

loge, se montrait inaccessible. Il fallut d'abord le broyer avec le doigt, au travers de la paroi du canal, au niveau du hile du foie. Cette manœuvre, assez difficile, en raison de la situation profonde du calcul, fut répétée à 2 ou 3 reprises et les fragments, qui se trouvaient dans le cystique à une profondeur de près de 10 centimètres, furent enlevés à la curette.

Un dernier calcul fut extrait à son tour tout entier. Au cours de ces manœuvres, nous avions pratiqué à diverses reprises le cathétérisme du cystique. (Voir *Fig.* 5).

Après l'extraction du quatrième gros calcul, la sonde exploratrice pénétrant à une grande profondeur, nous avons immédiatement tamponné la vésicule, afin d'examiner de quelle façon nous pourrions terminer l'opération.

La cholécystentérostomie n'étant pas indiquée, puisque le cholédoque était

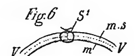


Fig. 6. — Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues. 1er plan de sutures. — *Légende:* V, V, parois de la vésicule; S¹, premier plan de suture séro-muqueux; *m*, muqueuse de la vésicule *m. s*, musculeuse et séreuse de la vésicule.

libre, et que la malade n'avait jamais eu d'ictère, nous avions à choisir entre *l'extirpation totale* et la *fermeture* de la vésicule. L'extirpation totale nous parut d'abord indiquée en raison de la déchirure des lèvres de l'incision, au cours de l'extraction des calculs, et de l'épaississement des parois de la vési-

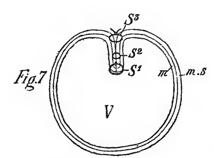


Fig. 7. — Cholécystotomie à sutures perdues. — *Légende :* V, vésicule; *m*, sa muqueuse; *m. s*, musculeuse et séreuse; S¹, premier plan de suture séro-muqueux; S², plan profond des sutures séreuses; S³, plan superficiel des sutures séreuses.

cule. Toutefois, nous tentâmes préalablement la suture, décidé à ne pratiquer la cholécystectomie que si la réunion était impraticable en raison de la friabilité des parois vésiculaires.

Ces dernières se montrant suffisamment résistantes pour ne pas être sectionnées par les fils, je fis la suture par le même procédé que dans mes opérations de gastrectomie : un 1er plan séro-muqueux et deux plans séro-musculeux superposés, rejetant la 1re suture dans la cavité de la vésicule. (Voir *Fig.* 6 et 7). Le même surjet à points passés me permit de fixer la vésicule au niveau de l'incision, précaution utile au cas où les sutures ne tiendraient pas.

Le ventre fut refermé par une suture à trois étages.

Une courte mèche de gaze stérilisée fut placée au point déclive, en raison de l'épaisseur de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée.

Suites. — La guérison, apyrétique, se fit en moins de 15 jours.

Il est intéressant de rappeler que nous avons pratiqué, le même jour et avec succès, chez le frère de cette malade, une gastro-entérostomie pour un rétrécissement ulcéreux du pylore datant de 14 ans.

Observation VI.

Ictère chronique. Arrêt d'un calcul dans le cholédoque. — Cholédochectomie avec Cholédochorrhaphie (1) : *réunion à plein calibre du cholédoque et du canal hépatique. — Mort par insuffisance de la fonction biliaire.*

Une malade de 49 ans nous fut adressée il y a quelques mois (1892) par notre ami le Dr Forest, pour un ictère chronique d'origine calculeux. Les selles étaient décolorées et l'ictère autrefois passager était devenu permanent, avec teinte vert olive de toute la surface du corps.

La malade était faible et d'une maigreur extrême. Les démangeaisons se montraient incessantes. A l'exploration, on percevait à grand'peine, très profondément, une petite tumeur dure, du volume d'un marron, au-dessous du cartilage de la 9e côte (2). La vésicule n'était pas perceptible. Le foie se montrait d'un volume normal ou même au-dessous de la moyenne, particularité qui ne laissait pas que de nous inquiéter, en raison de l'impossibilité où nous étions d'être fixé sur le degré de la cirrhose biliaire probable. Apyrexie complète.

En présence de l'ancienneté des accidents et de la persistance de l'ictère, nous étions portés à faire le diagnostic de rétention biliaire complète par suite de l'obstruction du cholédoque. La vésicule était vraisemblablement disparue, après s'être progressivement rétractée sur un gros calcul arrêté à la bifurcation des trois canaux, comme on l'observe d'habitude en pareil cas.

Opération. — Nous décidames de pratiquer la cholédochotomie.

En raison de la profondeur de la tumeur, je jugeai prudent d'inciser le long du bord externe du muscle droit. L'exploration digitale me permit alors de reconnaître le calcul à la face inférieure du foie. *Aucune trace de vésicule.*

Le calcul, du volume d'un marron d'inde, était unique, de forme ovalaire.

(1) Ces dénominations nous ont été proposées par notre ami, M. le Dr Marcel Baudouin.

(2) La recherche de cette petite tumeur, que nous avions constatée très profondément, nous avait été singulièrement facilitée par l'examen antérieur d'un cas analogue. — Cette autre malade, âgée d'une cinquantaine d'années, était atteinte depuis deux ou trois ans de rétention biliaire totale et présentait cette même petite tumeur, dure et profonde, sans qu'on puisse percevoir de traces de la vésicule. — Elle refusa l'opération et mourut par suite des progrès de la cirrhose par rétention dont elle était atteinte.

Il fallut prolonger l'incision en T le long du rebord costal, pour pouvoir atteindre le calcul sans trop de peine, et garnir la région de compresses stérilisées. Les parois de la poche furent incisées au bistouri. Ces parois étaient tellement amincies qu'on peut encore constater sur le calcul les traces que l'instrument tranchant y a faites (Voir *Fig.* 8: *a*, *b*), de telle sorte qu'il nous est facile, grâce à ce point de repère, de le placer sur le schéma ci-joint dans sa position réelle, les deux petites saillies de gauche correspondant à l'orifice des canaux

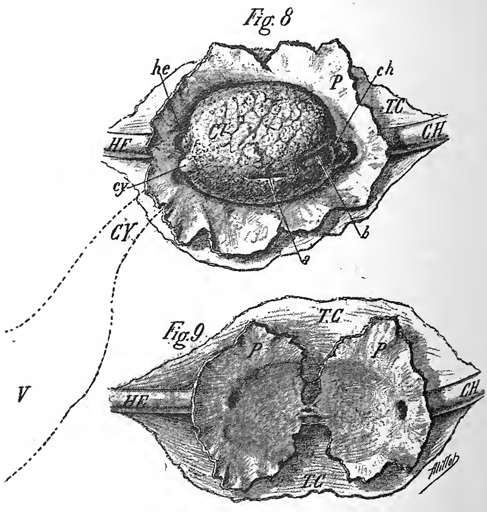


Fig. 8. — Calcul biliaire développé dans le cholédoque. — *Légende:* HE, canal hépatique; CH, canal cholédoque; CY, situation probable du canal cystique impossible à retrouver; V, situation probable de la vésicule disparue; P, paroi incisée de la poche renfermant le calcul; T.C, tissu conjonctif péricanaliculaire (schéma); *ch*, extrémité du calcul correspondant au cholédoque; *he*, *id.* à l'hépatique; *cy*, *id.* au cystique atrophié et même disparu; *a*, *b*, éraillures produites par deux des coups de bistouri qui furent nécessaires pour inciser la cholédoque. (Le calcul est représenté par le dessin ci-dessus d'une façon très exacte.)

Fig. 9. — Le calcul est enlevé. — *Même Légende :* On voit la place qu'il occupait dans le cholédoque (dépression), les orifices des canaux hépatique et cholédoque, le point où débouchait jadis le cystique, etc. La paroi postérieure de la poche s'est rompue pendant les manœuvres d'extraction du calcul (schématique).

hépatique et cystique, — ce dernier complètement disparu, de même que la vésicule, — et la saillie de droite réprésentant l'orifice du cholédoque. Ce calcul est un exemple de cristallisation mamelonnée, comme on peut en juger d'après le dessin de M. Millot. (Voir *Fig.* 8.)

L'adhérence de la poche à sa surface était tellement intime que cette dernière se trouva réduite en lambeaux quand il nous fut possible, par un mouvement de bascule, d'extraire le corps du délit qui pesait 14 grammes. (Voir *Fig.* 9).

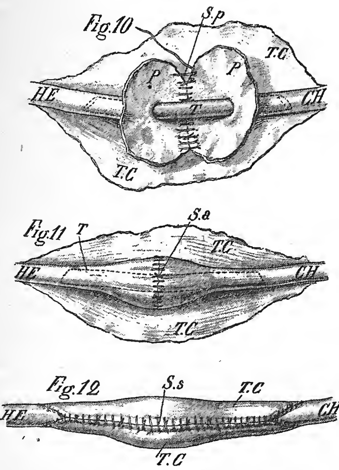


Fig. 10. — *Cholédochorrhaphie* après régularisation (*Cholédochectomie*) des lambeaux formant la poche où se trouvait le calcul (schématique). — *Légende :* CH, HE, T.C, voir *Fig.* 8 ; T, tube à drainage ; *S. p*, suture des bords de la partie *postérieure* de la poche P.

Fig. 11. — Le cholédoque est fermé (Figure schématique). — *Légende :* HE, CH, T.C, T, voir figures précédentes ; *S. a*, partie antérieure du premier plan de sutures.

Fig. 12. — La *Cholédochorrhaphie* est terminée (schéma). — *Légende :* T.C, CH, HE. Voir précédemment ; *S.s*, suture placée superficiellement (très schématique) montrant qu'on a suturé par-dessus le cholédoque les tractus de tissu conjonctif qui entonraient la poche où gisait le calcul.

Ce premier temps de l'opération avait été très laborieux. Une certaine quantité de bile jaune remplissait la plaie ; quelques compresses suffirent à l'éponger. Il fallut alors rechercher les orifices des canaux hépatique et

cholédoque et en vérifier la perméabilité par le cathétérisme. Une sonde de gomme fut introduite dans le premier orifice qui fut découvert à l'angle antéro-interne de la loge du calcul. Comme il nous était impossible de constater la présence de cette sonde dans le duodénum, nous dûmes employer tour à tour une sonde cannelée, puis un explorateur métallique de Guyon, et enfin une bougie à boule.

Dès que nous eûmes constaté dans le duodénum la présence de l'extrémité de l'explorateur métallique, puis celle de la bougie en boule que nous avions introduite tout entière par la même voie, nous fûmes à la recherche de l'orifice du canal hépatique, qui était distant de 4 centimètres environ de l'orifice du cholédoque; la bougie de gomme pénétra d'emblée dans le foie. Au cours de ces recherches, il s'écoula fort peu de bile. Le foie s'était comme exprimé au moment de l'ablation du calcul et ses fonctions semblaient singulièrement ralenties. Aucune trace d'inflammation suppurative du canal cholédoque. La plaie fut toutefois désinfectée par l'eau phéniquée chaude. Un drain de caoutchouc rouge fut introduit (Voir *Fig.* 10) d'une part dans le canal hépatique, de l'autre dans le cholédoque; puis les deux orifices furent rapprochés autant que possible par une suture en surjet à points passés, qui réunit les lambeaux de la poche du calcul d'abord en arrière, puis en avant du drain. (Voir *Fig.* 11.) Un second surjet perpendiculaire au premier et cette fois longitudinal (Voir *Fig.* 12) réunit par-dessus la suture les feuillets conjonctifs et péritonéaux voisins. Cette suture fut renforcée à son tour par quelques points plus superficiels, et le ventre refermé.

Suites. — La température resta deux jours au-dessus de 38°. La malade rendait par les selles une petite quantité de bile; mais l'ictère ne diminuait pas. Elle paraissait toutefois en bonne voie, lorsque dans la quatrième nuit qui suivit l'opération, elle fut prise vers trois heures du matin d'un malaise subit. La température qui, à huit heures du soir, était de 37°7, venait d'atteindre 40°. Les pupilles étaient dilatées. La mort survint en moins d'une heure.

Nous avons constaté qu'il n'existait dans le péritoine aucun épanchement de bile. Mais le foie était atteint de cirrhose biliaire à la période ultime et la mort était survenue par insuffisance de la fonction hépatique, comme elle se produit dans certains cas par urémie après la néphrectomie quand le second rein est atteint lui-même de lésions calculeuses ou de dégénérescence amyloïde. Il eût fallu pratiquer l'opération six mois plus tôt, pour le moins.

La situation du calcul dans ce cas était des plus intéressantes. En effet, on remarquera, dans le dessin ci-joint (*Fig.* 8), qu'il porte trois saillies, correspondant sans nul doute aux orifices des canaux hépatique et cystique d'une part, cholédoque de l'autre.

Tous les chirurgiens qui ont pratiqué la cholédochotomie ont noté l'atrophie ou l'absence de vésicule (Marcel Baudouin). Celle-ci se retracte sans doute petit à petit sur le calcul, qui, après avoir cheminé un instant dans le canal cystique, s'arrête au point de

jonction des trois canaux. Il est probable que la rétraction inflammatoire et la sclérose progressive des parois de la vésicule sont la cause directe de la migration du calcul, qui se trouve de la sorte conduit petit à petit non pas en plein cholédoque, mais dans une loge spéciale, adventice, qui est exactement située au point de jonction en Y des trois canaux, et dont les parois sont formées par la dilatation de leur confluent. La sclérose, c'est-à-dire la dégénérescence fibreuse totale, des parois de la vésicule avec disparition des glandes à mucus peut seule expliquer la disparition complète du réservoir de la bile de même que l'absence de toute accumulation, en amont du calcul, du mucus incolore que l'on rencontre dans les cas d'enchatonnement des calculs du cystique.

III. — Considérations cliniques.

Les observations ci-dessus mentionnées méritent de nous arrêter quelques instants. La première question, que doit se poser le chirurgien désireux d'aborder la chirurgie du foie, est en effet la suivante : Dans quels cas est-il possible de porter un diagnostic exact ?

Le *foie mobile* est d'un diagnostic aisé ; l'exploration en est facile ; le port d'une ceinture spéciale permettra de décider, d'après les résultats obtenus, de l'opportunité de l'opération.

Les *tumeurs* globuleuses du foie sont presque toujours des *kystes hydatiques*. Nous avons vu que, sur deux cas, nous n'avons fait cependant qu'une fois le diagnostic avant l'opération. La mobilité anormale et la situation déclive du second kyste nous avaient fait porter le diagnostique de kyste ovarique.

L'hypertrophie en masse du foie, due au cancer, à la cirrhose hypertrophique, à la dégénérescence amyloïde, à la leucémie splénohépatique, est toujours facile à distinguer d'une véritable tumeur pour un chirurgien habitué à l'exploration des viscères abdominaux. Les tumeurs arrondies, piriformes, quelque soit leur volume, appartiennent donc presque toujours à des kystes, ou bien, quand elles siègent dans l'hypochondre droit, à l'*hydropisie de la vésicule*.

Le diagnostic est-il incertain ? Nous proscrivons en raison de ses dangers la ponction exploratrice, toujours aveugle, au niveau des hypochondres. La méthode de choix est la *laparotomie* combinée avec l'exploration directe. Il est aisé en effet, dès que le ventre est ouvert, de vérifier par une ponction dès lors inoffensive les données de la vue et du palper. S'agit-il d'une volumineuse tumeur sous-diaphragmatique, nous pensons au contraire que la ponction explora-

trice d'emblée est sans danger, dût-on pénétrer jusqu'au foie en traversant la plèvre et le diaphragme. Une opération exploratrice en effet ne serait en pareil cas que de peu de ressource. Les kystes compliqués d'ictère, de suppurations, sont parfois d'un diagnostic tout particulièrement difficile et ne peuvent être reconnus qu'au cours d'une laparotomie.

La méthode de choix pour les kystes hydatiques est aujourd'hui l'opération en un temps, par la voie péritonéale et par la voie transpleurale, suivant leur siège, et l'*ablation aussi complète que possible* de leur poche celluleuse. Nous pensons qu'au cours de l'opération il ne faut jamais négliger l'exploration de la presque totalité du foie, sous peine de s'exposer à de graves mécomptes. Ainsi, un jour que des élèves nous montraient à l'amphithéâtre un superbe kyste hydatique du foie, contenant plus de 4 litres de liquide translucide, regrettant que la malade ait succombé dans un service de médecine sans que nous ayons été appelé à l'examiner, nous pûmes leur faire constater, à la face inférieure du foie et dans son épaisseur même, d'autres kystes plus petits. L'un d'eux s'était rompu dans les voies biliaires. Les membranes hydatiques avaient complètement arrêté le cours de la bile : d'où mort rapide avec symptômes d'ictère grave. Ce cas était justiciable de la laparotomie.

La *lithiase biliaire* est susceptible de déterminer les accidents les plus divers et de donner lieu par suite à des interventions chirurgicales non moins variées. Aussi la littérature médicale s'est-elle enrichie à ce propos d'une longue série de termes nouveaux, plus barbares les uns que les autres :

« Cholécysto-lithotripsie, cholécysto-entérostomie, cholédocho-lithotripsie, cholédocho-entérostomie, hépaticostomie, hépatostomie », et encore nous ne les citons pas tous. Bien mieux, il faut espérer que les chirurgiens n'ont pas dit leur dernier mot, et nous avons pu, à notre tour, à propos de notre 6e observation, décrire une *Cholédochectomie*, suivie d'*Hépatico-Cholédochorraphie.*

L'*hydropisie de la vésicule,* due à l'enchatonnement de calculs dans le canal cystique, est la seule des lésions de la lithiase biliaire qui ne se complique pas d'ictère. La tumeur est en général facile à reconnaître, et l'opération sans danger.

Les *attaques de colique hépatique à répétition*, accompagnées ou non d'ictère plus ou moins passager, sont dues le plus souvent à la migration de calculs développés dans la vésicule.

N'oublions pas toutefois qu'en pareil cas M. Thiriar a enlevé des vésicules absolument saines et vides de calculs, et que ces derniers

peuvent provenir non pas de la vésicule, mais des voies biliaires intra-hépatiques. Il est vrai que si l'on a fait une erreur de siège, on peut pratiquer au cours de l'opération l'hépatostomie, à l'exemple de Thornton, qui put ainsi extraire du foie, par une fistule temporaire, le chiffre énorme de 412 calculs.

Un *arrêt de calculs dans le cholédoque* est habituellement suivi de rétraction de la vésicule et du canal cystique, qui disparaissent au point de ne plus laisser de traces lors de l'opération. Cette dernière, en pareil cas, n'est jamais faite trop tôt, car souvent l'oblitération du cholédoque détermine l'évolution d'une cirrhose biliaire, qui, lorsqu'elle est arrivée à sa dernière phase (période atrophique) est incurable et tue le malade par insuffisance des fonctions du foie.

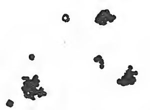


Fig. 13. — Amas de *Staphylococcus aureus*. Grossissement de 1000 diamètres. Trouvé dans un cas d'*angiocholite*. Infection ascendante. En colonies dans le pus.

Une des complications les plus redoutables de la lithiase biliaire, d'autant plus à craindre que souvent elle accompagne la cirrhose par retention, est l'*angiocholite bactérienne*. La fièvre d'origine hépatique affecte d'habitude un type intermittent assez semblable à celui de la fièvre urineuse. La pathogénie est d'ailleurs analogue. Nous avons fré-



Fig. 14. — *Bacillus septicus* Doyen. — Grossissement de 1000 diamètres. Bacille trouvé, dans un cas d'infection mixte, en compagnie du *Streptococcus pyogenes*, dans le tissu hépatique. Infection d'origine sanguine.

quemment rencontré dans l'urine des animaux et de l'homme sain différentes bactéries, notamment, le staphylocoque blanc et doré. (Voir *Fig.* 13) (1).

(1) Les *Figures* 13, 14, 15, 16 et 17, sont des essais absolument inédits de photogravure en relief, *au trait*, exécutée directement d'après des *microphotographies*. Nous prions le lecteur d'excuser le photograveur de l'imperfection de ces premières épreuves. (*N. D. L. R.*).

Dans l'état de maladie, nous avons constaté que toutes les fois qu'il existait une septicémie grave avec élévation de température, les urines devenaient moins acides, parfois même alcalines et contenaient une proportion de bactéries en rapport avec leur coefficient de toxicité, si bien déterminé par Bouchard et ses élèves. Nous y avons rencontré notamment le streptocoque de l'érysipèle (Voir *Fig.* 15) et de la fièvre puerpérale, et ce en dehors de la moindre trace d'albuminurie. Toutes ces recherches ont été faites dans mon laboratoire privé, avec le précieux concours de mon assistant, M. le Dr Roussel. Expérimentalement, nous avons vérifié chez le lapin et le cobaye le passage dans l'urine de certaines bactéries injectés dans le sang, telles que les staphylocoques, le bacille du pus bleu, le bacille rouge de Plymouth, le streptocoque de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle.



Fig. 15. — *Streptococcus pyogenes.* — Trouvé dans un cas de kyste hydatique du foie suppuré. Grossissement de 1,000 diamètres.

Chaque fois que ces bactéries se trouvaient dans les urines, nous les obtenions également par la culture de la *bile de la vésicule* (1). Nous croyons donc qu'il ne faut pas attribuer le parasitisme bactérien des voies biliaires à la *seule infection d'origine duodénale* et que l'*infection descendante* est des plus fréquentes. Les travaux récents de Netter, de Dupré (2), de Létienne (3), d'Aubert (4), de Charrin et Roger (5), ont d'ailleurs bien mis en lumière ces différents modes d'infection.

Le foyer primitif est-il extra-hépatique ? Les bactéries, recueillies

(1) On trouve fréquemment le bacille-virgule dans la vésicule du cobaye, mort par suite de l'inoculation du choléra asiatique.

(2) Dupré. — Thèse, Paris, 1891.

(3) Létienne. — Thèse, Paris, 1891.

(4) Aubert. — Thèse, Paris, 1891.

(5) Charrin et Roger. — *Soc. de Biol.* 21. fév. 91.

par le système veineux général et le système lymphatique, traversent le poumon, qu'elles infectent d'abord, pour déterminer ensuite des embolies septiques (Voir *Fig.* 15) dans le foie, le rein, la rate.



Fig. 16. — *Bacillus coli commune.* Grossissement de 1000 diamètres très exactement. Trouvé dans un cas d'*angiocholite*. Infection ascendante. Culture jeune sur gélose.

S'agit-il d'une affection ulcéreuse de l'intestin (Voir *Fig.* 16 et 17), dysenterie, fièvre typhoïde ? L'infection est souvent double, les bactéries étant directement conduites dans le foie par le système porte et lui



Fig. 17. — *Bacillus coli commune.* Grossissement de 1000 diamètres. D'après la microphotographie d'une préparation provenant d'un autre sujet, atteint de la même affection.

revenant d'autre part par suite de l'infection du système sanguin général, survenue sans doute par les voies lymphatiques.

Dans l'un et l'autre cas les bactéries apportés au foie par le sang artériel ou le sang veineux-porte s'éliminent en partie par les voies biliaires et pénètrent chemin faisant dans la vésicule.

L'angiocholite bactérienne ascendante a le plus souvent pour cause la rétention biliaire incomplète. Les bactéries venues dans l'intestin ou de la vésicule, où elles pouvaient exister antérieurement, comme le démontrent les recherches de Létienne (1), envahissent alors une partie ou la totalité des canaux excréteurs du foie, enlevant le malade par une septicémie suraiguë, ou bien d'autre fois amènent par les lésions inflammatoires locales qu'elles déterminent, l'évolution rapide d'une cirrhose ou les symptômes de l'ictère grave.

L'infection bactérienne des voies biliaires peut également devenir le point de départ d'une septicémie mortelle, de même qu'une cystite suppurée peut déterminer à la fois la néphrite ascendante et la néphrite embolique. Notre observation IV est un exemple de cette double infection d'origine biliaire. Nous ne saurions donc trop insister sur l'importance qu'il y a de suivre pendant quelques jours, avant toute opération sur le foie ou les voies biliaires, la courbe thermique de chaque malade. On puisera dans cette recherche des indications précises pour le pronostic et, si l'existence de la fièvre est loin de contre-indiquer à notre avis toute intervention, elle n'en servira pas moins à faire prévoir la gravité toute spéciale de l'opération.

Bien mieux, nous croyons qu'il existe des indications opératoires toutes particulières, suivant que les voies biliaires sont ou ne sont pas infectés par les bactéries.

Depuis longtemps, nous proscrivons toute tentative de réunion immédiate, chaque fois que les tissus sont atteints de parasitisme microbien. C'est ainsi que nous avons obtenu sans encombre les guérisons de plusieurs cas de gangrène gazeuse par le tamponnement antiseptique et les pulvérisations phéniquées, tandis que nous voyons impitoyablement succomber entre les mains d'autres chirurgiens de ces mêmes gangrènes où l'on tentait les réunions immédiates (2).

Dans la chirurgie des voies biliaires, nous croyons également que l'établissement d'une *fistule temporaire* est la méthode de choix, toutes les fois que la vésicule et les canaux cystique et hépatique sont envahis par la suppuration. L'examen bactériologique peut d'ailleurs être pratiqué en quelques minutes par un aide, au cours de l'opération. Si l'aspect de la muqueuse et du contenu des voies

(1) Létienne. — *Loc. cit.*, p. 93. — Cet auteur a trouvé des bactéries dans 24 échantillons de bile humaine en apparence normale, sur 42 qu'il a recueillis.

(2) Doyen. — *Sur le tamponnement méthodique des plaies ;* in *Congrès pour l'avancement des Sciences*, Paris, 1889, p. 361.

biliaires laisse quelque doute, le tamponnement antiseptique de la plaie est en pareil cas le meilleur pansement.

Le contenu des voies biliaires est-il aseptique ? Il est possible alors de pratiquer en toute sécurité ces belles opérations de cholécystentérostomie, de cholécystotomie et de cholédochotomie à sutures perdues, qui sont assurément l'idéal de la chirurgie des voies biliaires.

Quant à l'extirpation totale de la vésicule, nous la jugeons inutile, à moins que ses parois ne soient profondément dégénérées et atteintes, soit de lésions inflammatoires graves, soit de tumeur maligne.

Dans toute autre circonstance, la cholécystectomie peut être évitée et doit l'être, car elle peut devenir, à la rigueur, fatale au patient si par hasard un nouveau calcul, venant du foie, vient à obstruer de nouveau le cholédoque.

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer. — Août 92.

PUBLICATIONS

DES

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

BUREAUX, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS

AUDRY (Ch.) et AUDRY (J.). — Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche avec examen de la pièce. Brochure de 14 p., avec 3 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

BAUDOUIN (Marcel). — De la chloroformisation a doses faibles et continues. Brochure de 88 p., avec 3 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

DEFONTAINE (L.). — Extirpation du cancer de l'estomac : étude sur un cas de guérison. Brochure de 16 p., avec 8 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

DEFONTAINE (L.). — Symphyse thoraco-brachiale et anti-brachiale. Brochure de 9 p., avec 2 photogravures en relief à la demi-teinte. Prix : 0 fr. 60. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 50.

DELAGENIÈRE (H.). — Statistique des opérations pratiquées au Mans en 1891. Brochure de 12 p. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 40.

DOYEN (E.). — Contribution a la chirurgie de l'estomac et de l'intestin : *12 observations personnelles de chirurgie stomacale et 20 cas d'entérotomie et d'entérectomie.* Brochure très soignée, de 56 p., avec 29 fig., dont *8 en couleurs.* — Prix : 3 fr. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

DOYEN (E.). — Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires : *Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues; Cholédochectomie avec cholédochorrhaphie,* etc., etc. — Brochure de 30 p., avec 17 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

FERRIER (J.). — De la greffe dentaire. Brochure in-8° de 32 p. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 1 fr.

GANGOLPHE (M.). — Sur les tumeurs blanches consécutives a des tubercules des parties molles juxta-épiphysaires. — Brochure de 8 p. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés : 0 fr 30.

GILLES DE LA TOURETTE. — La vie et les œuvres de Théophraste Renaudot, fondateur du Journalisme et des Consultations charitables. *Édition du Comité pour l'érection d'une statue à Renaudot.* Brochure de 52 p., avec 5 fig. dans le texte. En vente au bénéfice de la statue. — Prix : 1 fr.

JABOULAY (M.). — La gastro-entérostomie. La jéjuno-duodénostomie. La résection du pylore. Brochure de 24 p., avec 4 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 20.

LALANNE (G.). — Transmissibilité des maladies héréditaires. Brochure in-8° de 4 p., très soignée. — Prix : 0 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 20.

MONTPROFIT (A.). — Luxation complexe en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne du V° doigt. *Irréductibilité. Arthrotomie ; réduction ; guérison complète.* — Brochure de 4 p. — Prix : 0 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 20.

POUZET. — Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. Laparotomie et entérotomie. Guérison. — Brochure de 5 p., avec 2 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 0 fr. 35. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 25.

TÉMOIN (D.). — Lipome périméningé simulant un spina bifida. — Brochure de 5 p. avec 1 photogravure en relief à la demi-teinte. Prix : 0 fr. 35. — Pour nos abonnés : 0 fr. 25.

VIGNARD (E.). — Résection de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques. — Brochure de 24 p., avec 4 fig. et des tableaux. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 20.

Toutes ces brochures sont expédiées *franco* à domicile, si le prix en a été soldé à l'avance par mandat postal.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

Paraissant tous les Mois

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr MARCEL BAUDOUIN

BUREAUX, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS

Les Archives provinciales de Chirurgie paraissent à Paris, tous les mois, par livraisons de 64 pages au moins, format grand in-8 raisin. Elles publient seulement des travaux originaux acccompagnés, s'il y a lieu, de photogravures dans le texte. Ces travaux sont dus à des chirurgiens français exerçant en province; mais les colonnes des *Archives* sont en outre ouvertes aux chirurgiens étrangers, à tous les étudiants en médecine, aux externes et internes des hôpitaux et aux chefs de clinique des Facultés et Écoles de Médecine. Quelques pages, à la fin de chaque fascicule, sont réservées à l'analyse bibliographique des mémoires d'ordre chirurgical parus dans les journaux de médecine de province, dans le but spécial de faire connaître ces publications, qu'on a tant de peine à se procurer dans les plus grandes bibliothèques françaises ou étrangères.

ABONNEMENT ANNUEL

France et Algérie..	20 fr.
Recouvré à domicile..	20 50
Pays étrangers compris dans l'Union postale............	23 »
Tous les autres pays..	25 »

VENTE AU NUMÉRO

Un numéro : *à Paris*..	2 fr.
— *expédié par la poste*........................	2 25

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'Administration de la revue expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

Par exception, cette première année seulement, on peut s'abonner pour *six mois* (Juillet 1892 — 1er Janvier 1893), en adressant à M. l'Administrateur la somme de **Dix** francs.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressées **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF GÉRANT des *Archives provinciales de Chirurgie*, 14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

AVIS A NOS LECTEURS

I. — SERVICE DES ENVOIS.

Pour éviter des retards dans la réception des fascicules des Archives Provinciales de Chirurgie, *nos lecteurs sont priés de s'abonner directement dans nos bureaux, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.*

Il suffit pour cela d'adresser à M. l'Administrateur un mandat postal ou un bon de poste.

Nous engageons en outre nos abonnés, surtout ceux de l'étranger, à nous faire parvenir leur ADRESSE *d'une façon très exacte, tout changement dans nos petites adresses imprimées entraînant des frais assez considérables.*

II. — COLLECTIONS.

Les chirurgiens, qui seraient bien aise de posséder un jour la collection complète des Archives Provinciales de Chirurgie, *sont instamment priés de demander dès maintenant le* Numéro de Juillet 1892, *qui dans quelques semaines sera épuisé. A la fin de l'année, il sera presque sûrement impossible de se procurer en librairie ce premier numéro, édité avec un soin tout particulier et dont il ne reste plus en magasin, à l'heure actuelle, qu'un nombre très restreint d'exemplaires en bon état.*

III. — VENTE DU NUMÉRO I (Juillet 1892).

Le Numéro I (Juillet 1892) des Archives Provinciales de Chirurgie *étant sur le point d'être épuisé, l'Administration est obligée de vendre désormais au prix de* Trois Francs *cette première livraison.*

Ce faciscule ne sera désormais livré au prix ordinaire (deux francs) qu'aux personnes qui prendront un abonnement de six mois (fin 1892) ou d'un an (Juillet 1892 - Juillet 1893).

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.